

ауруларынан кейінгі орынды ас қорыту жүйесі, қан және қан түзілу жүйесі және несеп-жыныс жүйесі ауулары иемденсе, ал олардан кейінгі орынды қан айналу жүйесі ауруларының алатындығын байқадық.

Ал Арал ауданы тұрғындарында тіркелінген ауру кластары арасындағы тыныс жолдары ауруларынан кейінгі орындарды; несеп-жыныс жүйесі, тері және тері асты талшықтары, қан және қан түзілу жүйесі, көз және көз талшықтары ауруларының алтындығы тіркелінген. Ал басқа топтардағы белсенділікте болған қан айналу жүйесі және жарақаттану, улану көрсеткіштері салыстырмалы тұрғыда төмен болды.

Қрытындылай келгенде, салыстыруға алынып отырған Жаңақорған ауданы тұрғындарында тіркелінген ауру кластарының үлестік деңгейі мен жүйе аралық таралуы Қызылорда қаласының көрсеткіштерімен деңгейлес болып, Арал ауданы тұрғындарының аурушандық деңгейлерінің анағұрлым жоғары және белгіленген ауру кластарының тарлуы деңгейі мен құрылымдық ерекшеліктерінің де өзгеше болғандығы анықталды. Бұл ауру кластарына қатысты белгіленген ерекшеліктер мен ауытқушылық деңгейлеріне ықпал ететін сыртқы және ішкі факторлар жиынтығы кешенді де ғылыми тұрғыдағы сауатты зерттеулерді қажет ететіндігі сөзсіз [2,3].

ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 Урбах Ю.В. Биометрические методы. – М., 1964
- 2 Шекбаева К.Б., Абилов К.А., Досқожаев К.М. Взаимосвязь охраны окружающей среды и здоровья сельского населения. / Здоровье и болезнь. – Алматы, 2007. – №5. – С. 23-25

3 Беляков В.Д., Яфаев Р.Х. Эпидемиология. – М, 1989, – С. 140

РЕЗЮМЕ

Ж.А. КАЛМАКОВА

Кызылординский государственный университет им. Коркыт Ата

СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В РАЗЛИЧНЫХ РАЙОНАХ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Эпидемиолого-статистическими методами проанализирована распространенность среди населения неинфекционных заболеваний по классам МКБ-10 за 2008-2011 годы.

Определены тенденции развития наиболее массовых заболеваний по отдельным районам Кызылординской области с вычислением среднегодовых темпов прироста.

SUMMARY

Zh.A. KALMAKOVA

Korkut Ata Kyzylorda state university

COMPARISON OF THE FACTORS POPULATIONS LIVING IN DIFFERENT REGION KYZYLORDINSKOY AREA

Epidemiologo-statistical methods are analysed распространность amongst populations неинфекционных diseases on class МКБ-10 for 2008- 2011.

The Certain trends of the development of the most mass diseases on separate region Kyzylordinsky area with calculation fair-annual growth rate.

УДК 574:502:347.63

Ж.А. КАЛМАКОВА

Кызылординский государственный университет им. Коркыт Ата

ВЛИЯНИЕ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ В ЗОНЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ КАТАСТРОФЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

В результате проведенных исследований установлена причинно-следственная связь между реальной химической нагрузкой приоритетными ксенобиотиками и уровнем основных клинических форм заболеваемости среди детей, проживающих в регионе Приаралья.

Ключевые слова: дети, заболевания, факторы риска, патология.

Загрязнения различными экологически неблагоприятными факторами воздуха, воды, почвы, неблагоприятные санитарные условия, биологические факторы, ультразвук и излучение – все это приводит к ухудшению состояния экосистем и является существенным экологическим фактором риска для здоровья детей, а во многих случаях и для здоровья их матерей.

Поэтому проблема здоровья детей, проживающих в различных экологически неблагоприятных регионах, является одной из актуальных в педиатрии.

Это объясняется не только увеличением числа детей с хронической сочетанной патологией, но и необходимостью разносторонней оценки уровня и степени гармоничности физического развития, функционального состояния основных органов и систем, количественного и качественного распределения малых аномалий развития,

цитогенетических показателей для разработки оптимальных методов терапии и генетического прогноза здоровья. Значение диагностики и обоснования прогноза последствий воздействия внешних причин у детей, проживающих в регионах экологических катастроф, определяется не только необходимостью проведения диспансерного наблюдения, но и выделения детей в группы риска по развитию хронической сочетанной патологии.

В основу научно-исследовательской работы положены результаты углубленного клинического обследования 994 детей в возрасте от 7 до 15 лет, госпитализированных в Республиканскую детскую клиническую больницу «Ақсай» с 1997 по 2007 гг. Все обследованные дети были условно разделены на три группы.

Первую группу составили 774 ребенка, проживающие с рождения в регионе Приаралья. Регион Аральского моря

с учетом воздействия экологически неблагоприятных факторов разделен на три зоны:

I – зона экологической катастрофы (Казалинский район);

II – кризисная (Жалагашский район);

III – зона относительного благополучия (Шиелийский район).

Вторую группу составили 120 детей, постоянно проживающих в Абайском районе Восточно-Казахстанской области, относящемся к зоне максимального радиационного риска (территория, прилегающие к Семипалатинскому ядерному полигону).

Третью группу – группу сравнения составили 150 человек, проживающие в Жамбылском районе Алматинской области.

У 100% обследованных детей было выявлено поражение различных органов и систем. Основной патологией у большинства обследованных детей из трех экологически неблагополучных регионов были заболевания органов пищеварения (89,0 – 92,0%). Патология верхних дыхательных путей в виде хронических очагов инфекции носоглотки во всех обследованных группах составляет 76,7-80,6% и регистрируется в 1,6-1,7 раза достоверно чаще ($p < 0,001$), чем у детей группы сравнения. Заболевания мочеполовой системы были выявлены более чем у половины детей Жалагаша (52,9%) и Казалинска (57,5%) и практически у 1/3 обследованных детей Шиели (34,3%) и в 2,1 – 3,6 раза достоверно чаще ($p < 0,001$) регистрировались у детей Аральского региона, по сравнению с аналогичным показателем детей группы сравнения.

Патология центральной нервной системы занимает четвертое место в структуре заболеваний среди детей Аральского региона (42,5 – 55,7%) и в 1,9-2,5 раза достоверно ($p < 0,01$) чаще встречается по сравнению с аналогичным показателем детей группы сравнения.

Заболевания, выявленные у детей, имели следующие особенности: хроническое, торпидное течение, одновременное поражение нескольких систем и органов, неярко выраженную клиническую картину симптомов и синдромов. Проведенное углубленное клинико-функциональное, лабораторное и инструментальное обследование детей позволило установить среднее количество сочетанных пораженных систем и заболеваний у обследованных детей. Установлено, что в патологический процесс вовлекались примерно четыре системы организма одного ребенка Аральского региона (Шиели – 4,1; Жалагаш – 4,3; Казалинск – 4,0), по сравнению с аналогичным показателем детей группы сравнения – 2,7. Среднее количество сочетанных патологий на одного ребенка у детей Приаралья составило 9 и более (Шиели – 9,3; Жалагаш – 9,6; Казалинск – 9,4), тогда как аналогичный показатель у детей группы сравнения был 7,9. Наибольший процент детей Шиели (20,9%) имели 8 сочетанных хронических патологий. Среди детей Шиели 55,3% имели сочетание от 9 до 16 хронических патологий.

Данные анамнеза детей позволили с помощью методов доказательной медицины определить факторы риска развития хронических заболеваний МВС у детей Приаралья. Абсолютным фактором риска является постоянное проживание в регионе с загрязнением окружающей среды (100%). Относительными факторами риска развития хронических заболеваний у детей могут рассматриваться признаки, наиболее часто выявляемые при опросе и обследовании детей из ЭНР – перенесенные ребенком вирусные инфекции (ветряная оспа, корь, краснуха), вирусный гепатит, острые кишечные инфекции, травмы, ожоги, операции, отравления (96,1 ± 1,9%). К группе риска развития хронических соматических заболеваний

также необходимо отнести наличие у ребенка отягощенного акушерского анамнеза матери (70,8 ± 4,4%).

В результате научного комплексного обследования детей Приаралья установлены клинические и биохимические критерии современного течения хронического тубулоинтерстициального поражения почек, сопровождающегося развитием функционально-компенсированной стадии, регистрируемой в клиниках чаще как «хронический пиелонефрит».

Ядерно-физические методы диагностики содержания микро- и макроэлементов в биологических жидкостях организма детей установили нарушения баланса микроэлементов в крови 103 детей основной группы больных ХТИПП, снижение уровня макроэлементов фосфора, магния, железа и эссенциальных элементов меди, цинка, йода, в 2-3 раза от нормального показателя; повышение уровня хрома, селена, свинца, никеля, марганца, цинка, ванадия, относящихся к условно биогенным микроэлементам первого и второго класса опасности, т. е. определено наличие микротоксического равновесия в организме детей, с рождения проживающих в Приаралье.

У детей двух сравниваемых групп имеет место различный качественный состав крови. Отличительной особенностью детей основной группы является существование на фоне дефицита жизненно важных микро- и макроэлементов (железо, цинк, медь, йод), участвующих в тканевом дыхании, хронической интоксикации, обусловленной кумулированием в крови повышенных концентраций различных химических токсических веществ, наиболее опасными из которых являются хром, стронций, кадмий, ванадий, ртуть. В отличие от детей Приаралья у детей п. Алатау преобладает дефицит кальция, железа, марганца и цинка. Но не наблюдается повышение уровня веществ – никеля, хрома, стронция, бария и урана, которые в высоких концентрациях оказывают токсическое действие на организм ребенка. Таким образом, впервые установлен «элементарный портрет» ребенка с хронической патологией МВС, проживающего в регионе Приаралья.

Учитывая тот факт, что качественный и количественный состав мочи является менее статичным по сравнению с кровью, сравнительный анализ данных по содержанию микроэлементов в моче детей основной и группы сравнения установил, что у детей основной группы с заболеваниями МВС в моче выявляются повышенные содержания макроэлементов и биогенных микроэлементов (аккумулирующих).

Так, уровень молибдена (Mo) повышен в 3,7 раза при норме 0,14; показатели кальция (Ca) увеличены в 1,4 раза при норме до 250; уровень меди (Cu) повышен в 3,7 раза при норме до 75; по величине хрома (Cr) в моче у детей Приаралья отмечается превышение ПДК в 3 раза и т.д. ХОП (ДДТ, ДДЕ, ГХБ) в моче детей Приаралья определяются в ряде проб в значениях – 2 нг/мг (в норме должны не определяться).

В моче у детей с хроническими заболеваниями МВС, проживающих в регионе экологического неблагополучия, обнаружены повышенные концентрации химических токсических веществ, практически аналогичные химическому составу крови, что указывает на возможное токсическое воздействие на организм в целом и наличие контакта химических токсических соединений с мочевыми путями детей Приаралья.

Таким образом, в результате проведенных исследований установлена причинно-следственная связь между реальной химической нагрузкой приоритетными ксенобиотиками и уровнем основных клинических форм заболеваемости среди детей, проживающих в регионе Приаралья.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Ж.А. ҚАЛМАҚОВА

Қорқыт Ата атындағы Қызылорда
мемлекеттік университетіЭКОЛОГИЯЛЫҚ ТҰРҒЫДАН ҚОЛАЙСЫЗ АЙМАҚ-
ТАРДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНА
ҚОРШАҒАН ОРТАНЫҢ ЫҚПАЛЫ

Жүргізілген ғылыми зерттеулердің қорытындысы Арал өңіріндегі қоршаған ортада кездесетін ксенобиотиктар және балалар денсаулығын сараптау барысында анықталған әртүрлі клиникалық тұрғыдағы аурушандық көрсеткіштері арасындағы тығыз байланыстың бар екенін анықтап берді.

S U M M A R Y

Zh.A. KALMAKOVA

Korkut Ata Kyzylorda state university

INFLUENCE OF THE EXTERNAL AMBIENCE IN ZONE
OF THE ECOLOGICAL CATASTROPHE ON SHAPING OF
HEALTH OF THE BABY POPULATION

As a result called on studies is installed causal relationship between real chemical load priority ксенобиотиками and level of the main clinical forms to diseases amongst детей, living in region Priaraliya.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

УДК 617.751.6-08

Г.А. ИМАШЕВА

Городская больница, г. Капишагай

АМБЛИОПИЯ. РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛЕОПТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

В данной работе отражается актуальность проблемы амблиопии у детей и эффективности плеоптического лечения, так как амблиопия является одной из частых и серьезных проблем низкого зрения у детей.

Ключевые слова: дети, амблиопия, плеоптическое лечение, острота зрения.

Амблиопия – это обратимое функциональное снижение остроты зрения ниже уровня возрастной нормы, возникшее в результате нарушения передачи и восприятия адекватного изображения. Амблиопией страдает 5% общей популяции.

К первичным видам амблиопии относятся:

1. Рефракционная амблиопия, которая возникает у детей в результате своевременно не скорректированных очками аметропий, препятствующих развитию детского зрения.

2. В основе дисбинокулярной амблиопии лежит нарушение бинокулярного зрения, возникшее в результате косоглазия и несвоевременного назначения или ненадлежащего выполнения окклюзионного режима.

3. При истерической амблиопии причиной снижения остроты зрения являются нарушения деятельности центральной нервной системы.

К вторичным видам амблиопии относятся:

1. Обскурационная амблиопия, возникающая в результате патологии органа зрения, препятствующей попаданию изображения на сетчатку. Наиболее частыми причинами являются катаракта и птоз верхнего века.

2. В качестве причины неврогенной амблиопии могут быть рассмотрены любые заболевания зрительного нерва (невриты, застойные диски и т. д.).

3. При макулопатической амблиопии сниженное зрение отмечается после перенесенного заболевания центральной и парацентральной зоны сетчатки.

4. Нистагмическая амблиопия возникает на фоне нистагма, чаще всего маятникообразного или смешанной формы.

5. При комбинированной амблиопии имеет место совокупность вышеперечисленных причин.

Амблиопия по степени снижения остроты зрения:

1. Слабой степени 0,4-0,8
2. Средней степени 0,2-0,3
3. Высокой степени 0,05-0,1
4. Очень высокой степени 0,04- и ниже.

Диагностика амблиопии

Следует отметить, что не каждое снижение остроты зрения следует рассматривать как амблиопию, особенно это относится к пациентам детского возраста [1].

Следующие методы обследования помогут установить правильный диагноз:

1. Визометрия.
2. Рефрактометрия.
3. Определение состояния глазодвигательной системы.
4. Определение фиксации.
5. Инструментальные методы исследования органа зрения, включая электрофизиологические.

Лечение

Лечение амблиопии возможно как консервативными, так и оперативными методами. Консервативные методы лечения включают проведение оптической коррекции, окклюзии, плеоптики [2].

1. Оптическая коррекция. При наличии у пациента амблиопии, сопровождающей аметропию, постоянная очковая или контактная коррекция является обязательным условием.

2. Окклюзия. Плеоптическая окклюзия является вторым обязательным условием успешного лечения амблиопии.

3. Плеоптика – выключение ведущего глаза из акта зрения. Приступить к проведению плеоптического лечения можно только после устранения этиологической причины. Выбор тактики и методов плеоптического лечения зависит от вида фиксации.

Центральная фиксация. Возможно комплексное плеоптическое лечение с использованием всего арсенала методик (засветы, компьютерные программы, лазеростимуляция, электростимуляция, магнитостимуляция, тренировки аккомодации).

При нецентральных видах фиксации важно в первую очередь перевести их в центральную. Нецентральные внутримакюлярные виды фиксации – основным видом лечения является переориентирование на макулотестере.